

# LAMPIRAN



## Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

### FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : Tri Khoerul Masykuroh  
 Tempat Praktik : Ruang Wijayakusuma RSUD Banyumas  
 Tanggal : 18 Desember 2024, Jam 08.30

#### I. Identitas

##### A. Identitas Klien :

1. Nama NY-K ..... E/P
2. Tempat/tanggal lahir : Banyumas, 25 Desember 1973 .....
3. Golongan darah : A/O/B/AB .....
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/IV/S1/S2/S3 .....
5. Agama : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu .....
6. Suku : Jawa .....
7. Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai-hidup/mati) .....
8. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga .....
9. Alamat : Wangon RT 02/RW 05, Wangon, Banyumas .....
10. Diagnosa medik : Dispepsia .....

##### B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Tn. A .....
2. Umur : 52 tahun .....
3. Jenis kelamin : Laki-laki .....
4. Agama : Islam .....
5. Suku : Jawa .....
6. Hubungan dengan klien : Suami .....
7. Pendidikan terakhir : SMA .....
8. Alamat : Wangon RT 02/RW 05, wangon, Banyumas .....

#### II. Status Kesehatan

##### A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit:  
 Pasien datang ke IGD pada tanggal 17 Desember 2024 Jam 15.00 dengan keluhan badan panas dingin, Perut kembung, nyeri ulu hati dan perut kiri, tidak nafsu makan, mual dan muntah 3x, tampak pucat dan demam 38°C, TD: 182/108 mmHg, N: 109 x/menit. Pasien mengatakan nyeri ulu hati dan perut sejak 3 hari lalu dan memberat 1 hari lalu dengan skala 8. Kemudian pasien dibawa ke ruang wijayakusuma pada tanggal 17 Desember 2024, Jam 16.30 .....
2. Riwayat penyakit saat ini:  
 Pengkajian dilakukan pada 18 Desember 2024 Jam 08.30 di Ruang Wijayakusuma RSUD Banyumas. Pasien mengeluh nyeri ulu hati dan perut kiri skala 8, seperti diremas dan terus-menerus merasa mual dan muntah setiap makan, tidak nafsu makan, Perut kembung dan sebah. Tampak pucat, gelisah, Meringis karena nyeri, suhu 36.9°C, TD 162/98, N 107, RR 20 x/menit, SPO<sub>2</sub> 98% .....

3. Keluhan utama:  
Pasien mengeluh nyeri ulu hati dan perut sebelah kiri
4. Faktor pencetus :  
Dyspepsia
5. Lamanya keluhan : sejak 3 hari yang lalu dan memburuk 1 hari lalu
6. Timbulnya keluhan : (✓) bertahap ( ) mendadak
7. Faktor yang memperberat : Pasien mengatakan nyeri memburuk ketika tidak makan

#### B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :  
Pasien mengatakan pernah sakit GERD
2. Kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

#### C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : GERD
2. Waktu : ± 5 bulan yang lalu
3. Riwayat operasi : Tidak pernah

### III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

#### A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri  
Pasien mengatakan setelah sakit pasien lebih sadar untuk menjaga kesehatan
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya  
Pasien mengatakan mengetahui penyebab sakitnya
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
  - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?  
Pasien mengatakan makan tidak teratur
  - 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi  
Pasien mengatakan sering mengikuti prolanis
  - 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
    - a). Yang dilakukan bila sakit  
Pasien mengatakan berobat ke layanan kesehatan
    - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit  
ke klinik atau puskesmas
    - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)  
Merokok : ..... pak/hari, lama : ..... tahun  
Alkohol : ..... , lama ..... Tahun  
Kebiasaan olah raga, jenis : Jalan-jalan pagi..., frekuensi : 1x sehari

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
1.	Ranitidin	150 mg	per oral



## d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1). Penghasilan tidak ada (penghasilan hanya dari suami) .....
- 2). Asuransi/jaminan kesehatan tidak ada .....
- 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal nyaman dan bersih .....

## 2. Nutrisi, cairan dan metabolik

## a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : nasir ..... jumlah makan/hari : 2-3 x / hari .....
- 2). Pola diit : bebas ..... makan terakhir : Pagi hari .....
- 3). Nafsu/selera makan : berkurang ..... Mual : Ya/Tidak, waktu : setiap makan .....
- 4). Muntah : ( ) tidak ada (✓) ada, jumlah : setiap makan kemudian muntah .....  
Karakteristik : cair .....
- 5). Nyeri ulu hati : ( ) tidak ada (✓) ada,  
Karakter/penyebab : nyeri seperti diremas dan cunut-cunut .....
- 6). Alergi makanan : (✓) tidak ada ( ) ada .....
- 7). Masalah mengunyah/menelan : (✓) tidak ada  
( ) ada, jelaskan : .....  
8). Keluhan demam : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan : .....  
9). Pola minum/cairan : jumlah minum 1-5 gelas per hari .....  
Cairan yang biasa diminum air putih .....
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan : .....

## b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh 36,9° °C  
Diaphoresis : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan : .....
- 2). Berat badan : 65 kg Tinggi badan 158 cm  
Turgor kulit : elastis Tonus otot : lemah .....
- 3). Edema : (✓) tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik  
.....  
4). Ascites : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan : .....
- 5). Integritas kulit perut kering, kurang elastis Lingkar abdomen ..... cm  
6). Distensi vena jugularis : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan : .....
- 7). Hernia/masa : (✓) tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik  
.....  
8). Bau mulut/halitosis : ( ) tidak ada (✓) ada terdapat bau mulut .....
- 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :  
mulut dan gigi sedikit kotor, mukosa bibir kering dan pucat .....

## 3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

## a. Gejala subyektif:

- 1). Dispneu : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan : .....  
2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak tidak ada .....
- 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya tidak ada .....
- 4). Penggunaan alat bantu : (✓) tidak ada ( ) ada, .....

## b. Tanda obyektif:

- 1). Pernafasan : frekuensi 22 x/mnt Kedalaman.....  
Simetris Kanan dan kiri simetris
- 2). Penggunaan alat bantu nafas tidak ada  
Nafas cuping hidung tidak ada
- 3). Batuk : tidak ada Sputum (karakteristik) tidak ada
- 4). Fremitus : tidak ada Bunyi nafas normal (vesikuler)
- 5). Egofoni : tidak ada Sianosis : tidak ada

## 4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

## a. Gejala subyektif:

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan Pasien mengatakan bekerja sebagai IRT
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
  - a). Pergerakan tubuh Baik dalam beraktivitas
  - b). Kemampuan merubah posisi : (☒) mandiri ( ) perlu bantuan,  
Jelaskan : .....
  - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)  
( ) mandiri (☒) perlu bantuan, jelaskan Pasien mengatakan perlu bantuan
- 3). Toileting (BAB/BAK) : ( ) mandiri (☒) perlu bantuan, jelaskan.....  
Pasien mengatakan perlu bantuan
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (☒) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan : .....
- 5). Mudah merasa kelelahan : (☒) tidak ada ( ) ada, jelaskan : .....
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : (☒) baik ( ) kurang, jelaskan : .....

## b. Tanda obyektif:

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati tampak lemas dan terbalung
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi). Pasien tidak ada gangguan mental
- 3). Penampilan umum :
  - a). Tampak lemah : ( ) tidak (☒) ya, jelaskan tampak terbalung lemas
  - b). Kerapian berpakaian tampak kurang rapi dalam berpakaian
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
 

Masa/tonus : lemah

Kekuatan otot : 5/5

Rentang gerak : baik

Deformitas : tidak ada
- 5). Bau badan : tidak ada Bau mulut : sedikit bau mulut
- Kondisi kulit kepala : tampak berketombe dan sedikit berminyak
- Kebersihan kuku : tampak bersih

## 5. Istirahat

## a. Gejala subyektif:

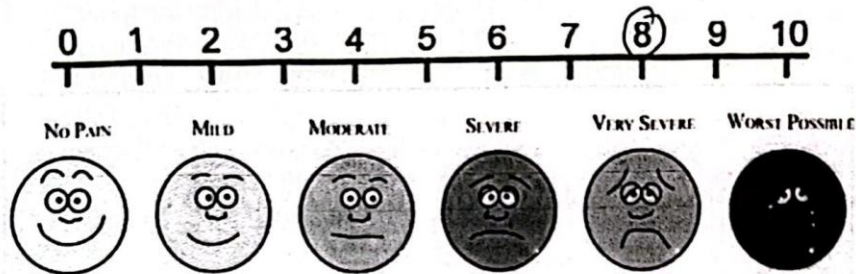
- 1). Kebiasaan tidur Pasien mengatakan dapat tidur namun terkadang terbangun  
Lama tidur 5-6 jam
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur  
Tidak ada



- 4). Penggunaan laksatif : (☒) tidak ada ( ) ada, jelaskan -.....
- 5). Waktu BAB terakhir : 1 hari lalu
- 6). Riwayat perdarahan : tidak ada  
Hemorroid : tidak ada
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : tidak ada
- 9). Riwayat penggunaan diuretik : tidak ada
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada
- 11). Kesulitan BAK : tidak ada
- b. Tanda obyektif:
- 1). Abdomen :
- a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan Tampak kembung.....
- b). Auskultasi : bising usus 11 x /menit Bunyi abnormal : (☒) tidak ada  
(☒) ada, jelaskan -.....
- c). Perkusi
- Bunyi timpani ( ) tidak ada (☒) ada
- Kembung ( ) tidak ada (☒) ada
- Bunyi abnormal (☒) tidak ada ( ) ada
- Jelaskan. Abdomen tampak kembung.....
- d). Palpasi :
- Nyeri tekan : tampak terdapat nyeri tekan
- Nyeri lepas : tampak terdapat nyeri lepas
- Konsistensi : lunak/keras : lunak
- Massa : (☒) tidak ada ( ) ada, jelaskan -.....
- Pola BAB : konsistensi lembek warna kekuningan
- Abnormal : (☒) tidak ada ( ) ada, jelaskan -.....
- Pola BAK : dorongan tidak ada Frekuensi 9 x /hari
- Retensi tidak ada
- Distensi kandung kemih : (☒) tidak ada ( ) ada, jelaskan -.....
- e). Karakteristik urin : kekurangan
- Jumlah ..... Bau khas urin
- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan tidak ada

## 8. Neurosensori dan kognitif

### a. Gejala subyektif:



#### 1). Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri). Pasien mengatakan nyeri meningkat ketika tidak makan dan sewaktu-waktu saat diam tetap nyeri

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan). Seperti diremas dan cunut-cunut

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya) di ulu hati dan perut kiri

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 - 10) skala 8

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) hilang timbul

#### 2). Rasa ingin pingsan/pusing : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan -

#### 3). Sakit kepala : lokasi nyeri tidak ada Frekuensi : -

#### 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi tidak ada

#### 5). Kejang : (✓) tidak ada ( ) ada Jelaskan - Cara mengatasi : -

#### 6). Mata : penurunan penglihatan (✓) tidak ada ( ) ada, Jelaskan -

#### 7). Pendengaran : penurunan pendengaran (✓) tidak ada ( ) ada, Jelaskan -

#### 8). Epistaksis : (✓) tidak ada ( ) ada Jelaskan -

### b. Tanda obyektif:

#### 1). Status mental :

Kesadaran : (✓) komposmentis ( ) apatis ( ) somnolen ( ) sopor ( ) koma

#### 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) 4 Respon motorik (M) 6 respon verbal (V) 5

#### 3). Terorientasi/disorientasi : waktu terorientasi baik Tempat terorientasi baik Orang terorientasi baik

#### 4). Persepsi sensori : ilusi tidak ada halusinasi tidak ada Delusi tidak ada Afek tidak ada Jelaskan -

#### 5). Memori : Saat ini pasien tampak mengingat dengan baik



- Masa lalu Pasien mengingat beberapa peristiwa masa lalu
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan. -
  - 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : kaku, lebar  
Ukuran pupil mengecil ketika terkena cahaya
  - 8). Fascial drop tidak ada Postur baik  
Reflek baik
  - 9). Penampilan umum tampak kesakitan : ( ) tidak ada (✓) ada  
Respon emosional tampak menangis penyempitan fokus tidak ada  
dan gelisah

## 9. Keamanan

### a. Gejala subyektif:

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :  
Obat-obatan : tidak ada  
Makanan : tidak ada
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan -
- 3). Riwayat tranfusi darah tidak ada  
Riwayat adanya reaksi tranfusi tidak ada
- 4). Riwayat cedera : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan -
- 5). Riwayat kejang : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan -

### b. Tanda Obyektif:

- 1). Suhu tubuh 36.9 °C Diaforesis tidak ada
- 2). Integritas jaringan baik, kering, kurang elastis
- 3). Jaringan parut : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan -
- 4). Kemerahan/pucat : ( ) tidak ada (✓) ada, jelaskan tampak pucat
- 5). Adanya luka : luas tidak ada kedalaman -  
Drainase purulen tidak ada  
Peningkatan nyeri pada luka tidak ada
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain tidak ada
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : ( ) tidak ada (✓) ada, jelaskan ...  
terpasang infus di tangan kiri
- 8). Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan -
- 9). Kekuatan umum Baik tonus otot lemah  
Parese/paralisa tidak ada

## 10. Seksual dan reproduksi

### a. Gejala subyektif:

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual. Pasien mengatakan paham
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)  
pasien mengatakan tidak ada gangguan hubungan seksual



3). Permasalahan selama aktivitas seksual : ☒ tidak ada ( ) ada, jelaskan

4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis .....  
Gangguan prostat .....

5). Pengkajian pada perempuan

a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)

Pasien mengatakan sudah menopause

b). Riwayat kehamilan

Pasien mengatakan riwayat kehamilan 3x

c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)

b. Tanda obyektif :

1). Pemeriksaan payudara/penis/testis

2). Kutil genital, lesi

#### 11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

a. Gejala subyektif:

1). Faktor stress . Pasien mengatakan khawatir dengan sakitnya

2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu).....  
pasien mengatakan dibantu keluarga

3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)  
berbicara dengan suami

4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang  
Mengikuti saran dan anjuran dokter dan perawat

5). Perasaan cemas/takut : ( ) tidak ada ☒ ada, jelaskan  
Pasien merasa gelisah karena nyeri nya

6). Perasaan ketidakberdayaan : ☒ tidak ada ( ) ada, jelaskan

7). Perasaan keputusasaan : ☒ tidak ada ( ) ada, jelaskan

8). Konsep diri :

a). Citra diri : Pasien mengatakan bersyukur selama sakit  
selalu ditemani keluarga

b). Ideal diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh

c). Harga diri : Pasien mengatakan menerima dan ikhlas

d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Pasien mengatakan tidak ada

e). Konflik dalam peran : tidak ada

b. Tanda obyektif:

- 1). Status emosional : ( ) tenang, (✓) gelisah, ( ) marah, ( ) takut, ( ) mudah tersinggung .....
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah .....  
tampak menangis .....

## 12. Interaksi sosial

### a. Gejala subyektif:

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh  
pasien mengatakan orang terdekat adalah suami .....
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah  
kepada suami dan anak .....
- 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....
- 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....

### b. Tanda obyektif:

- 1). Kemampuan berbicara : (✓) jelas ( ) tidak jelas  
Tidak dapat dimengerti tidak ada Afasia tidak ada .....
- 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan  
tidak ada .....
- 3). Penggunaan alat bantu bicara  
tidak ada .....
- 4). Adanya trakeostomi  
tidak ada .....
- 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain  
Baik .....
- 6). Perilaku menarik diri : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Sebutkan .....

## 13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

### a. Gejala subyektif:

- 1). Sumber kekuatan bagi klien : Tuhan dan keluarga .....
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (✓) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan .....
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : sholat  
frekuensi 5 x sehari .....
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat  
pasien mengatakan sulit untuk sholat dan berwudhu .....
- 5). Pemecahan oleh klien pasien mengatakan tidak sholat .....
- 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :  
(✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....



## b. Tanda obyektif:

- 1). Perubahan perilaku ..... tampak tidak ada perubahan perilaku
- 2). Menolak pengobatan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : ( ) tidak ada (✓) ada, jelaskan .....  
tampak tidak pernah menjalankan sholat
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (✓) tidak ada  
( ) ada, jelaskan .....

## Data Penunjang

1. Laboratorium  
..... dilembar berikutnya → .....
2. Radiologi  
Ro thorax : oedema pulmonum, cardiomegali .....
3. EKG  
EKG : STC, HR 67 x/menit .....
4. USG  
Tidak ada .....
5. CT Scan  
Tidak ada .....
6. Pemeriksaan lain  
Gula darah sewaktu : 73 .....
7. Obat-obatan  
- IVfd tutosol 10 tpm - injeksi amlodipin 1x10 mg sore  
- Injeksi Omeprazole 2x1 - injeksi Valsartan 1x160 mg pagi  
- Injeksi epodion 4000 ui - Injeksi ranitidin 3x1 50 mg .....
8. Diet  
Bubur Saring .....

## Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Darah lengkap otomatis			
Hemoglobin	9.4	g/dL	12.0 - 16.0
Hematokrit	27.1	%	36.0 - 48.0
Eritrosit	3.15	$10^{16}/\mu\text{L}$	4.06 - 5.80
Leukosit	8.51	$10^3/\mu\text{L}$	370 - 10.10
Trombosit	216	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
MCV	86.0	fL	81.0 - 96.0
MCH	29.8	pg	27.0 - 31.2
MCHC	34.7	%	31.8 - 35.4
RDW	19.5	%	11.5 - 14.5
Neutrofil	66.0	%	39.30 - 73.70
Limfosit	15.60	%	18.00 - 48.30
Monosit	5.600	%	4.400 - 12.700
Eosinofil	12.200	%	0.600 - 7.300
Basofil	0.600	%	0.0 - 1.7
BUN	33.0	mg/dL	7 - 18
SGOT (AST)	25	U/L	0 - 50
SGPT (ALT)	15	U/L	0 - 50
Kreatinin	8.81	mg/dL	0.60 - 1.30
Natrium (Na)	141	mEq/L	136 - 145
Kalium (K)	4.0	mEq/L	3.5 - 5.1
Klorida (Cl)	106	mEq/L	98 - 107



### ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	18 Desember 2024 Jam 08.40	DS : - Pasien mengeluh nyeri perut dan ulu hati - P : nyeri ketika tidak makan dan sewaktu waktu saat diam - Q : seperti diremas dan cunut-cunut - R : nyeri dibagian ulu hati dan perut kiri - S : skala 8 - T : Hilang timbul DO : - Tampak pasien meringis - Pasien tampak gelisah - Pasien mengatakan tidur sering terbangun karena nyeri - Tekanan darah : 162/98 mmHg - Frekuensi nadi : 107 x/menit	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (0.0077)
2.	18 Desember 2024 Jam 08.40	DS : - Pasien mengeluh mual - Pasien mengatakan setelah makan langsung muntah - Pasien mengatakan tidak nafsu makan	Distensi Abdomen	Nausea (0.0076)

### ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
		DO : - Tampak bibir pucat - frekuensi nadi : 107 x/menit (takikardia)		
3.	18 Desember 2024 Jam 08.40	DS : - Pasien mengatakan mual dan muntah setiap makan - Pasien mengatakan tidak nafsu makan DO : -	Faktor risiko : Ketidakmampuan mencerna makanan	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)



### Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1.	18 Des 2024 Jam 08-40	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d Pasien mengeluh nyeri ulu hati dan perut kiri, skala 8, seperti diremas dan cunut- cunut, tampak meningis, gelisah TD 162/98 mmHg, N 107 x/mnt.	I
2.	18 Des 2024 Jam 08-40	Nausea b.d distensi abdomen d.d Pasien mengeluh mual dan muntah, tidak nafsu makan. Tampak pucat, takikardi : 107 x/menit.	II
3.	18 Des 2024 Jam 08-40	Risiko Defisit Nutrisi b.d ketidakefektifan mencerna makanan d.d pasien mengatakan mual muntah dan tidak nafsu makan	III

# RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	18 Des 2024 Jam 09.00	Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066)	Manajemen Nyeri (I.08238)
			Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 Jam diharapkan tingkat nyeri menurun. dengan Kriteria hasil :	Observasi :
				- Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, Kualitas nyeri
				- Identifikasi skala nyeri
				- Identifikasi respon nyeri non verbal
				Terapeutik :
			- Berikan teknik non Farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi Kompres hangat)	
			- Fasilitasi Istirahat dan tidur	
			Edukasi :	
			- Jelaskan penyebab, Periode, dan pemicu nyeri	
			- Jelaskan Strategi meredakan nyeri	
			- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
			- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	
			Kolaborasi :	
			- Kolaborasi pemberian analgetik	



# RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																								
2.	18 Des 2024 Jam 09.00	Nausea (D.0076)	<p>Tingkat Nausea (L.08065) setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nausea Menurun dengan Kriteria hasil :</p> <table><tr><td>Kriteria Hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>Keluhan mual</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td>Keluhan muntah</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Meningkat 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p> <table><tr><td>Kriteria Hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>Gagal makan</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : cukup Meningkat 5 : Meningkat</p> <table><tr><td>Kriteria Hasil</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>Pucat</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Takikardi</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Memburuk 2 : Cukup Memburuk 3 : Sedang 4 : cukup membaik 5 : Membaik</p>	Kriteria Hasil	IR	ER	Keluhan mual	1	5	Keluhan muntah	1	5	Kriteria Hasil	IR	ER	Gagal makan	2	5	Kriteria Hasil	IR	ER	Pucat	2	5	Takikardi	2	5	<p>Manajemen Muntah (I.03118)</p> <p>observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor mual dan muntah</li><li>- Identifikasi Karakteristik muntah</li></ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Berikan Kenyamanan selama muntah</li></ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anjurkan memperbanyak istirahat</li><li>- Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengelola muntah (aromaterapi)</li></ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kolaborasi pemberian antiemetik</li></ul>
Kriteria Hasil	IR	ER																										
Keluhan mual	1	5																										
Keluhan muntah	1	5																										
Kriteria Hasil	IR	ER																										
Gagal makan	2	5																										
Kriteria Hasil	IR	ER																										
Pucat	2	5																										
Takikardi	2	5																										

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	19 Desember 2024 Jam 09-00	- Memonitor nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri ulu hati dan perut kiri Masih sering terasa O: Tampak meringis	Am (Tri)
2.	Jam 09-20	- Memonitor mual dan muntah	S: Pasien mengatakan Masih merasa Mual dan muntah O: Tampak pucat	Am (Tri)
3.	Jam 10.00	Memberikan terapi Kompres hangat dengan WWZ Untuk mengurangi nyeri ulu hati dan perut	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 ke skala 6 O: Tampak nyaman dan rileks	Am (Tri)
4.	Jam 10.30	Mengelaskan Strategi meredakan nyeri Mengajarkan Memonitor nyeri secara mandiri	S: Pasien mengatakan paham O: Tampak mengangguk paham	Am (Tri)
5.	Jam 12.00	Memberikan obat injeksi ranitidin 50 mg	S: - O: Tampak tidak ada reaksi alergi	Am (Tri)



### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	18 Desember 2024 Jam 09.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi Penyebab, lokasi, Kualitas, dan skala nyeri</li> <li>- Memonitor respon Nyeri non Verbal</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri</li> <li>- P: saat tidak makan dan saat diam</li> <li>- Q: seperti diremas dan cunut-cunut</li> <li>- R: di bagian perut dan ulu hati</li> <li>- S: skala 8</li> <li>- T: Hilang timbul</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis dan gelisah</li> </ul>	<p>(M)</p> <p>(Tri)</p>
2.	Jam 09.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor mual dan muntah</li> <li>- Memonitor asupan Makanan</li> </ul>	<p>S: Pasien mengatakan selalu mual dan muntah jika makan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien Mengatakan tidak nafsu makan</li> </ul> <p>O: Tampak <del>poror</del> makan dimakan seperempat porsi</p>	<p>(M)</p> <p>(Tri)</p>
3.	Jam 10.20	Memberikan obat injeksi ranitidin 50mg	<p>S:-</p> <p>O: tidak terdapat reaksi alergi</p>	<p>(M)</p> <p>(Tri)</p>
4.	Jam 12.10	Memfasilitasi Istirahat dan tidur	<p>S: Pasien mengatakan nyaman</p> <p>O: Tampak istirahat dengan nyaman</p>	<p>(M)</p> <p>(Tri)</p>
5.	Jam 13.20	Mengajarkan teknik aromaterapi mengurangi Mual dan muntah	<p>S: Pasien mengatakan mual berkurang</p> <p>O: Tampak rileks</p>	<p>(M)</p> <p>(Tri)</p>
	13.30	Memberikan terapi Kompres hangat	<p>S: skala 8 jadi 7</p>	

### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

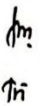

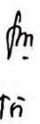
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	20 Desember 2024 Jam 09.30    10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor nyeri</li> <li>- Memonitor mual dan muntah</li> <li>- Memonitor asupan makan</li> </ul> Terapi kompres	S:- Pasien mengatakan masih merasa nyeri skala 5 - Pasien masih sering mual dan muntah ketika makan  O:- Porti makan dihabiskan setengah skala 5 → 4	    Jm Tr
2.	Jam 10.20	Memberikan cairan infus 10 tpm	S:- O: Tampak cairan masuk melalui infus	  Jm Tr
3.	Jam 10.40	Menganjurkan mem- perbanyak istirahat	S: Pasien mengatakan paham O: Tampak Mengangguk	  Tr Tr
4.	Jam 11.50	Memberikan obat injeksi ranitidin	S:- O: Tidak ada reaksi alergi	  Jm Tr



# CATATAN PERKEMBANGAN




No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																								
1.	18 Desember 2024 / Rabu	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri ulu hati dan perut kiri</p> <p>P: saat tidak makan dan sewaktu waktu saat diam</p> <p>Q: seperti diremas dan cemas</p> <p>R: di ulu hati dan perut kiri</p> <p>S: skala 8/7</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>D: - Tampak meringis dan gelisah - TD 160/88, N: 105 x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>SS</th><th>ST</th></tr><tr><td>keluhan nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>meringis</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>gelisah</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>frekuensi nadi</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>tekanan darah</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi - Memberikan terapi kompres hangat</p>	Kriteria Hasil	SA	SS	ST	keluhan nyeri	1	2	5	meringis	1	2	5	gelisah	1	2	5	frekuensi nadi	1	2	5	tekanan darah	1	2	5	<p>fm</p> <p>tn</p>
Kriteria Hasil	SA	SS	ST																									
keluhan nyeri	1	2	5																									
meringis	1	2	5																									
gelisah	1	2	5																									
frekuensi nadi	1	2	5																									
tekanan darah	1	2	5																									
2.	Rabu, 18 Desember 2024	Nausea	<p>S: Pasien masih merasa mual &amp; muntah</p> <p>D: Tampak pucat, N: 105 x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>keluhan mual</td><td>1</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>keluhan muntah</td><td>1</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>nafsu makan</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>pucat</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>takikardi</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	keluhan mual	1	5	1	keluhan muntah	1	5	1	nafsu makan	2	5	2	pucat	2	5	2	takikardi	2	5	2	<p>fm</p> <p>tn</p>
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
keluhan mual	1	5	1																									
keluhan muntah	1	5	1																									
nafsu makan	2	5	2																									
pucat	2	5	2																									
takikardi	2	5	2																									
3.	Rabu, 18 Desember 2024	Risiko Defisit Nutrisi	<p>S: Pasien mengatakan mual &amp; tidak nafsu makan</p> <p>D: Tampak Makanan tidak dihabiskan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>Frekuensi makan</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>nafsu makan</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>porasi makan dihabiskan</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>nyeri abdomen</td><td>1</td><td>5</td><td>2</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Frekuensi makan	2	5	2	nafsu makan	2	5	2	porasi makan dihabiskan	2	5	2	nyeri abdomen	1	5	2	<p>fm</p> <p>tn</p>				
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
Frekuensi makan	2	5	2																									
nafsu makan	2	5	2																									
porasi makan dihabiskan	2	5	2																									
nyeri abdomen	1	5	2																									

### CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																								
1.	Kamis, 19 Des 2024	Nyeri Akut	<p>S: Pasien Masih mengeluh nyeri P: Saat tidak makan Q: seperti diremas dan cemas R: di ulu hati dan perut S: skala 8 T: Hilang timbul O: Tampak meringis berkurang A: Masalah belum teratasi</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>meringis</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>gelisah</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>frekuensi nadi</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>tekananan darah</td><td>1</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Keluhan nyeri	1	5	3	meringis	1	5	3	gelisah	1	5	3	frekuensi nadi	1	5	3	tekananan darah	1	5	2	
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
Keluhan nyeri	1	5	3																									
meringis	1	5	3																									
gelisah	1	5	3																									
frekuensi nadi	1	5	3																									
tekananan darah	1	5	2																									
2.	Kamis, 19 Des 2024	Nausea	<p>P: Lanjutkan Intervensi S: Pasien Mengatakan mual Muntah Setelah makan O: Tampak porsi makan tidak dihabiskan A: Masalah belum teratasi</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>keluhan mual</td><td>1</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>keluhan muntah</td><td>1</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>lapar makan</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>pucat</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr></table>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	keluhan mual	1	5	2	keluhan muntah	1	5	2	lapar makan	2	5	2	pucat	2	5	2					
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
keluhan mual	1	5	2																									
keluhan muntah	1	5	2																									
lapar makan	2	5	2																									
pucat	2	5	2																									
3.	Kamis 19 des 2024	Risiko Defisit Nutrisi	<p>S: Pasien Mengatakan tidak Napsu makan O: tampak makanan tidak dihabiskan 1/2 porsi A: Masalah belum teratasi</p> <table><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>frekuensi makan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>napsu makan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Porsi makan dihabiskan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Nyeri abdomen</td><td>1</td><td>5</td><td>2</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	frekuensi makan	2	5	3	napsu makan	2	5	3	Porsi makan dihabiskan	2	5	3	Nyeri abdomen	1	5	2					
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
frekuensi makan	2	5	3																									
napsu makan	2	5	3																									
Porsi makan dihabiskan	2	5	3																									
Nyeri abdomen	1	5	2																									



## CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																								
1.	Jum'at 20 Des 2024	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>P: Saat tdk makan</p> <p>Q: seperti diremas 3 cmt</p> <p>R: di ulu hati &amp; perut kiri</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>O: Tampak meringis &amp; gelisah berkurang</p> <p>- TD: 115/69, N: 102 x/mnt</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table><thead><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Meringis</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>gelisah</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Frekuensi nadi</td><td>1</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>tekanan darah</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr></tbody></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Keluhan nyeri	1	5	4	Meringis	1	5	4	gelisah	1	5	4	Frekuensi nadi	1	5	5	tekanan darah	1	5	4	 Ti
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
Keluhan nyeri	1	5	4																									
Meringis	1	5	4																									
gelisah	1	5	4																									
Frekuensi nadi	1	5	5																									
tekanan darah	1	5	4																									
2.	Jum'at. 20 Des 2024	Nausea	<p>S: Pasien mengatakan mual berkurang, muntah masih setiap makan</p> <p>O: Makanan tidak dihabiskan, tampak pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table><thead><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Keluhan mual</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Keluhan muntah</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>nafsu makan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>pucat</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr></tbody></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Keluhan mual	1	5	4	Keluhan muntah	1	5	3	nafsu makan	2	5	3	pucat	2	5	4	 Ti				
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
Keluhan mual	1	5	4																									
Keluhan muntah	1	5	3																									
nafsu makan	2	5	3																									
pucat	2	5	4																									
3.	Jum'at. 20 Desember 2024	Risiko Defisit Nutrisi	<p>S: Pasien mengatakan tidak nafsu makan, makan hanya sedikit</p> <p>O: Tampak pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table><thead><tr><th>Kriteria Hasil</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Frekuensi makan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Makanan yang dihabiskan</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>nyeri abdomen</td><td>1</td><td>5</td><td>4</td></tr></tbody></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	Kriteria Hasil	SA	ST	SS	Frekuensi makan	2	5	3	Nafsu makan	2	5	3	Makanan yang dihabiskan	2	5	3	nyeri abdomen	1	5	4	 Ti				
Kriteria Hasil	SA	ST	SS																									
Frekuensi makan	2	5	3																									
Nafsu makan	2	5	3																									
Makanan yang dihabiskan	2	5	3																									
nyeri abdomen	1	5	4																									

## Lampiran 2 SOP Kompres Hangat Menggunakan WWZ

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) KOMPRES HANGAT**

	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)</b>
Pengertian	Terapi Kompres Hangat Kompres hangat merupakan metode memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Penggunaan kompres hangat merupakan cara untuk menghilangkan atau menurunkan rasa nyeri tanpa memberikan efek samping.
Tujuan	Meningkatkan relaksasi otot-otot, Mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan serta memberikan rasa hangat lokal. Efek hangat dari kompres dapat menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah yang nantinya akan meningkatkan aliran darah ke jaringan. Memberikan ketenangan pada klien.
Waktu	Selama 10 – 20 menit, 1 x sehari
Persiapan Klien dan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tingkat nyeri klien</li> <li>2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien</li> <li>3. Berikan penjelasan tentang kompres hangat</li> <li>4. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien</li> </ol>
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. WWZ (Warm Water Zack) atau botol</li> <li>2. Thermometer air (suhu pengukuran 40 – 50 °)</li> <li>3. Kain pembungkus</li> </ol>
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Siapkan air hangat yang sudah diukur dengan thermometer air yang bersuhu 40 -50 °)</li> <li>3. Isi WWZ atau botol yang telah diisi air hangat kemudian dikeringkan</li> <li>4. Masukkan WWZ atau botol kedalam kain</li> <li>5. tempatkan WWZ atau botol pada daerah titik lokasi</li> <li>6. Angkat WWZ atau botol tersebut setelah 10 -20 menit, kemudian</li> </ol>



	isi lagi WWZ atau botol dengan air hangat dan lakukan kompres Kembali jika menginginkan
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Setelah kompres selesai dilakukan, yakini klien dalam keadaan kondisi kering dan nyaman.</li><li>2. Klien dan lingkungan dirapikan kembali</li><li>3. Tindakan selesai lalu cuci tangan.</li><li>4. Mencatat hasil tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan terapi kompres air hangat</li></ol>
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Observasi skala kecemasan setelah intervensi</li><li>2. Ucapkan salam</li></ol>



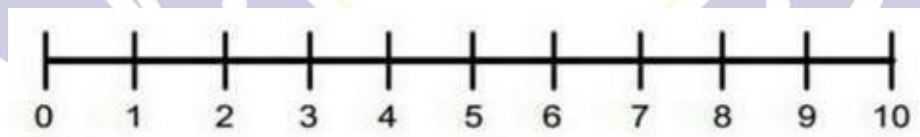
Lampiran 3 Instrumen *Numeric Pain Rating Scale* (NRS)**Lembar Kuesioner Nyeri*****Numeric Rating Scale***

Petunjuk :

Pada skala ini diisi oleh peneliti setelah responden menunjukkan angka berapa nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri *Numeric Rating Scale* (0- 10) yaitu:

1. 0 : Tidak nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan
2. 4-6 : Nyeri sedang
3. 7-10 : Nyeri berat

Tanyakan kepada responden pada angka berapa nyeri yang dirasakannya dengan menunjukkan posisi garis yang sesuai untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan oleh responden sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan membuat tanda ( X ) pada skala yang telah disediakan.





Lampiran 4 informed consent

### INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Tri Khoerul Masykuroh

NIM : 41111241024

Setelah mendapat penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden dengan menjawab pertanyaan jujur, terhadap penelitian kian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dispepsia Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Dan Penerapan Kompres Hangat dengan *Warm Water Zack* (WWZ) Di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas”.

Jawaban yang saya berikan hanya untuk keperluan penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat.

Cilacap,

2025

Responden